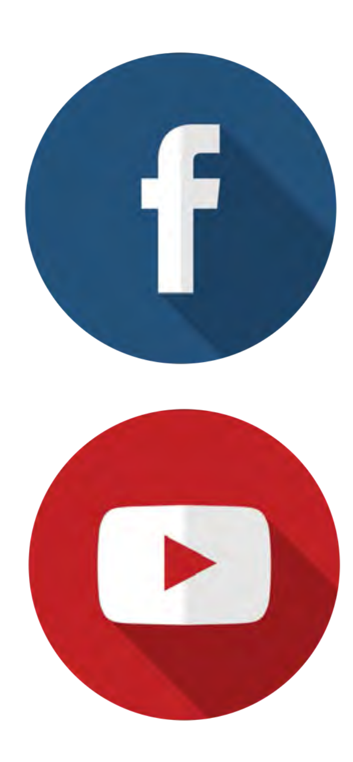
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







Emphysème pulmonaire

Dr A.KERRAM

Définitions

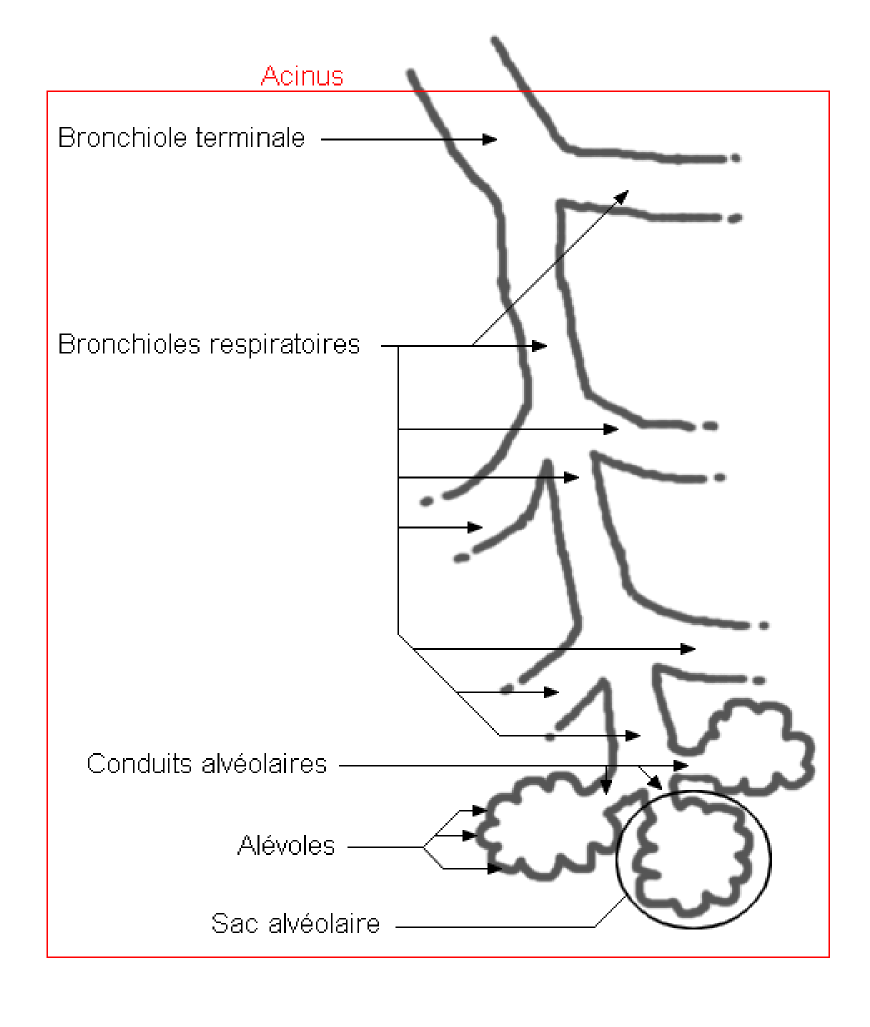
- Emphysème pulmonaire : distension permanente au délà de la bronchiole terminale
- L'emphysème et la bronchite chronique font partie des BPCO

Conséquences :

- TVO
- Distension thoracique

❑ Types :

- **Centro-lobulaire** : respect des capillaires avec effet shunt, apex ++
- **Pan-lobulaire** : destruction des capillaires, (déficit alpha-1-antitrypsine), bases ++


Acinus
Bronchiole terminale
Bronchioles respiratoires
Conduits alvéolaires
Alévoles
Sac alvéolaire

Anapath :

- On distingue 2 types d’emphysèmes selon la localisation des lésions dans l’acinus :

Emphysème panlobulaire: (Pan-acinaire) : EPL

C’est l’ensemble de l’acinus qui est touché associé à des lésions vasculaires

Il s'agit d'un emphysème diffus prédominant aux lobes inférieurs.

Ce type d’emphysème est retrouvé chez les patients porteurs d’un déficit en α1 antitrypsine

Emphysème centrolobulaire(centro-acinaire) ECL

Les lésions sont retrouvées en position centrale de l’acinus alors que les alvéoles sont préservées.

L’atteinte prédomine souvent dans la partie supérieure des lobes inférieurs et au niveau des lobes supérieurs, ce type d’emphysème est rencontré quasi exclusivement chez les fumeurs

Etiopathogénie

- -**prédisposition génétique**: famille d'emphysémateux
- -**Déficit en α1 antitrypsine**: une anomalie du complexe protéase anti protéase par destruction des fibres élastiques soit par augmentation des élastases ou diminution des anti élastases.
- -facteur exogène: **tabagisme**
- **-Dépoussiérage professionnel, gaz toxique, pollution atmosphérique.**

Diagnostic

Emphysème

❖ ***Centro-lobulaire*** = bleu et bouffi :

- Sujet > 50 ans, obèse
- BPCO ancienne
- Cyanose distale, dyspnée d'effort
- Cardiomégalie en sabot + hypoxémie

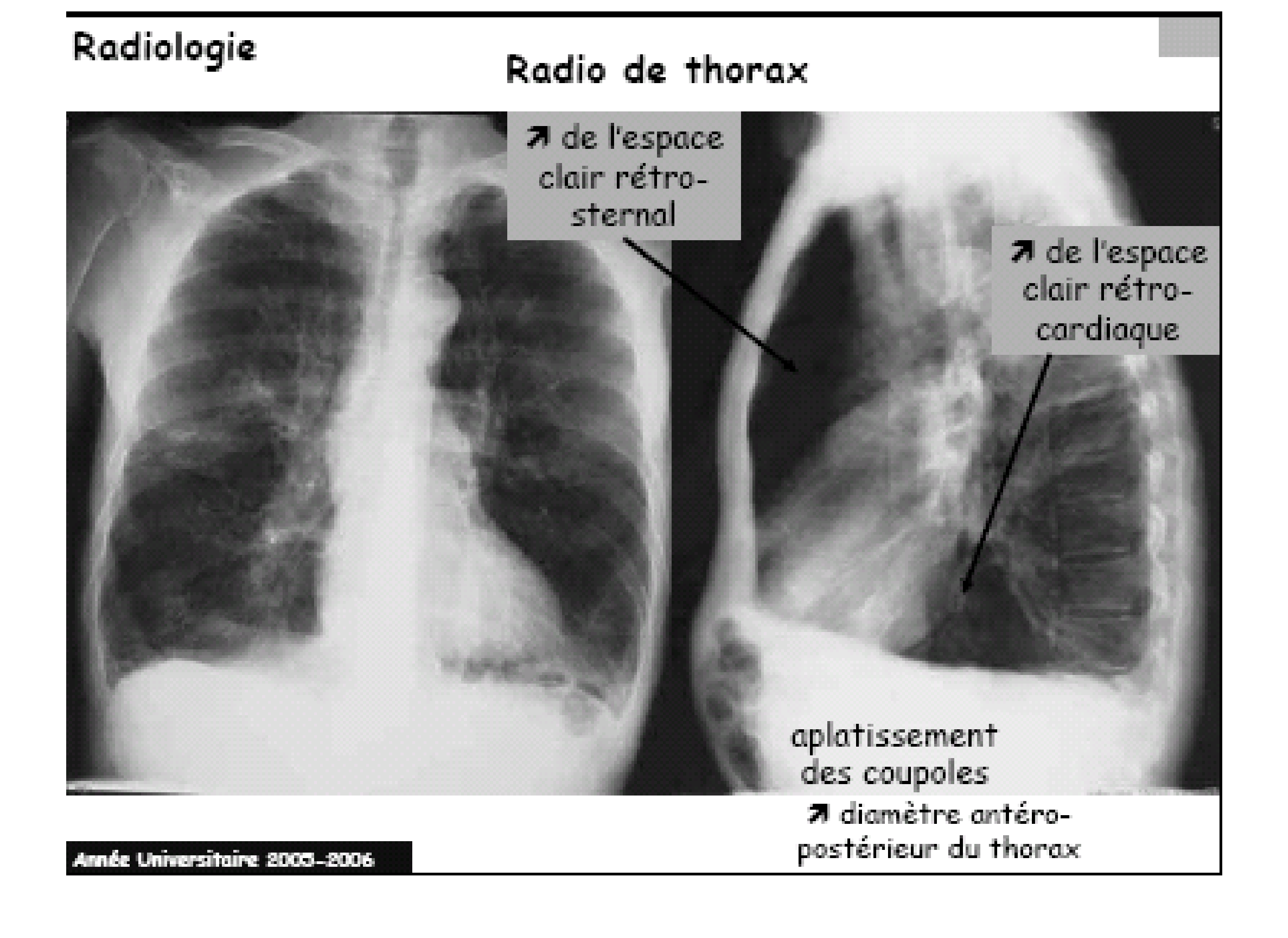
❖ ***Pan-lobulaire*** = rose et essoufflé :

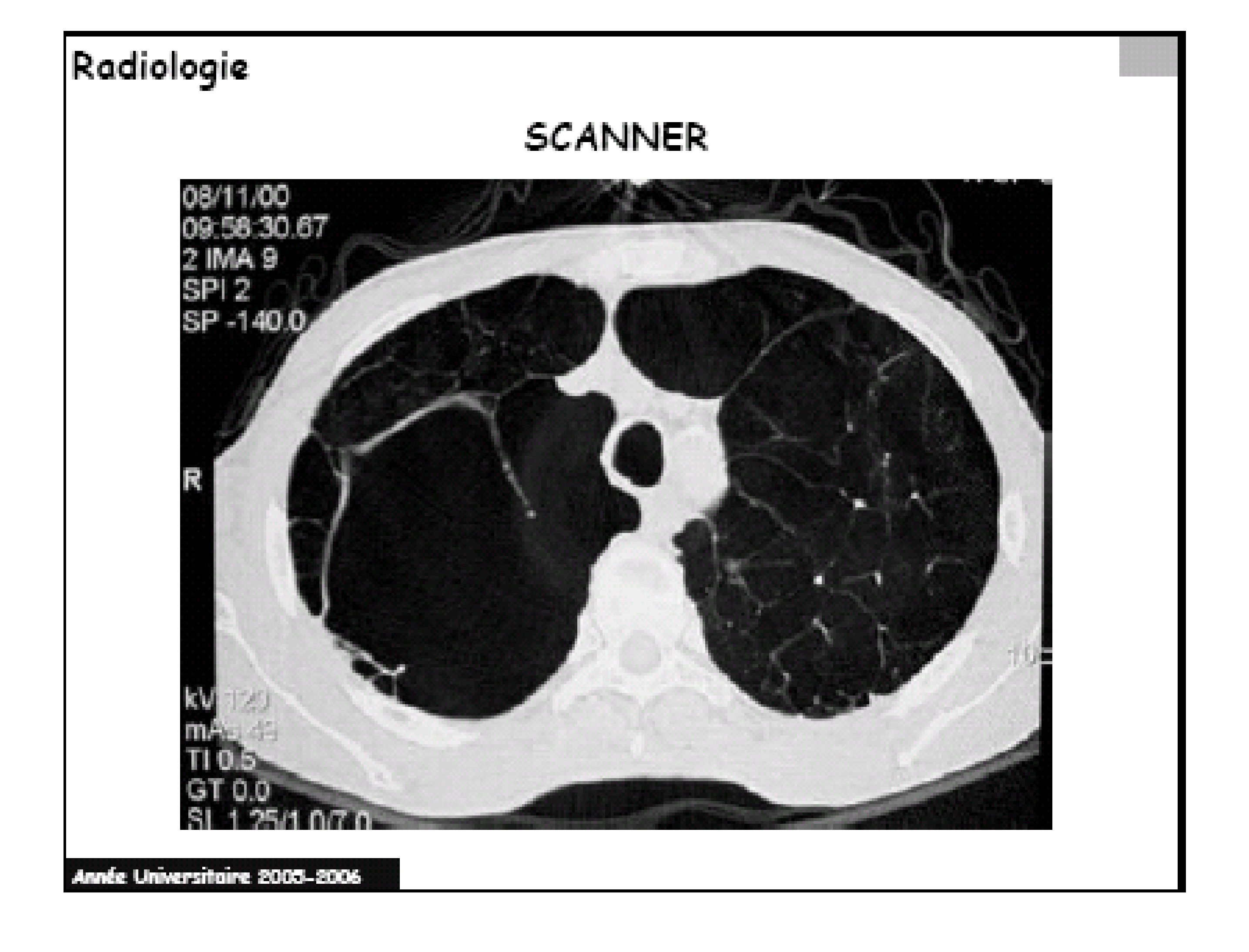
- Patient < 40 ans, maigre
- Déficit en a-1-antitrypsine
- Petit cœur en goutte + EFR N

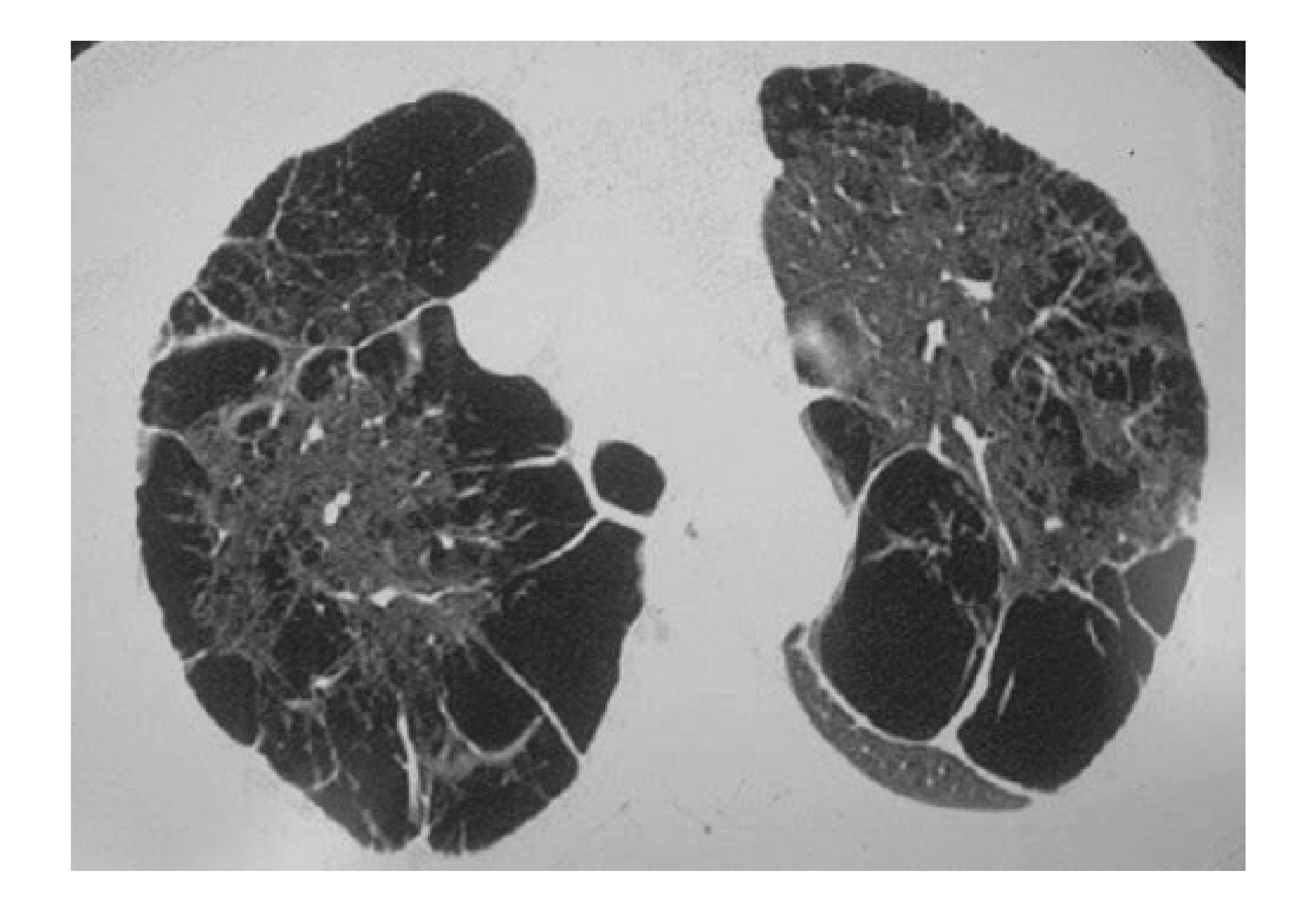
	ECL	EPL
topographie	Région centrale de l'acinus Les sommets sont plus touchés	La totalité de l'acinus Les lobes inférieurs sont + touché
Physiopath	Rapport V/P modifié (effet shunt)	Rapport non V/P modifié
Etiologie	Bronchite chronique	Déficit en α1anti-trypsine
clinique	BB (Blue Bloater) Le plus fréquent 60 - 80 %, sujet âgé de 50 - 60 ans obèse, tabagique, bronchite chronique toux, expectoration, dyspnée Cyanose et hippocratisme digital. polyglobulie Distension thoracique modérée.	PP (Pink Puffer) 8-10 %, sujet jeune 35 - 40 an non ou peu tabagique, de morphologie particulière maigre et longiligne dyspnée d'effort d'installation insidieuse et d'aggravation progressive. pas d'hippocratisme digital ni de cyanose thorax distendu, en tonneau reste rose

	ECL	EPL
radio	-Distension thoracique modérée -Signes d'inflammation bronchique et pulmonaire prédominant aux bases. -Hyperclarté des sommets. -Cardiomégalie par retentissement pulmonaire CPC -Artères pulmonaires dilatées.	-Distension thoracique majeur avec hyper clarté pulmonaire diffuse par raréfaction de la trame vasculaire. - bulles d'emphysème siégeant aux lobes inférieurs -Le cœur en « goutte ».

	ECL	EPL
évolution	Précoce vers le CPC Se complique de poussées d'IRA secondaire à des complications (surinfection, embolie pulmonaire, erreur thérapeutique) La mort survient 10-20 après l'apparition de la dyspnée	généralement bien toléré le pronostic dépend de la précocité du traitement, de l'âge, de l'apparition de la dyspnée d'effort, de l'étendu des lésions destructives pulmonaires et de la survenue de complications : embolie pulmonaire, pneumothorax.
EFR	TVO La gazométrie est perturbée précocement hypoxémie + hypercapnie	TVO Syndrome de distension pulmonaire La gazométrie au repos est normale


Radiologie
Radio de thorax
↗ de l'espace clair rétro-sternal
↗ de l'espace clair rétro-cardiaque
aplatissement des coupoles
↗ diamètre antéro-postérieur du thorax
Année Universitaire 2005-2006


Radiologie
SCANNER
08/11/00
09:58:30.67
2 IMA 9
SPI 2
SP -140.0
R
GT 0.0
Année Universitaire 2005-2006



TRAITEMENT

- Il n'y a pas de traitement curatif, le traitement se base sur les moyens suivants qui ont pour but de lutter contre les facteurs d'aggravation, l'hypoventilation :

➢ arrêt du tabac
➢ Vaccination : antigrippal et anti-pneumococcique.
➢ Eviter les antitussifs, les tranquillisants, les barbituriques
➢ bronchodilatateurs.
➢ CTC
➢ ATB pour lutter contre les infections.
➢ Kinésithérapie
➢ Oxygénothérapie
➢ *Traitement chirurgical :*

- Résection de bulle
- Transplantion pulmonaire